

被爆者一般疾病医療機関指定辞退届

被爆者一般疾病医療機関としての指定を辞退したいので、原子爆弾被爆者に対する
援護に関する法律第19条第2項の規定により申し出ます。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地 〒

連絡先 () -

辞退の理由

辞 退 年 月 日 年 月 日

開設者の住所

開設者の氏名

長 崎 県 知 事 様

添付書類 指定書